

Article

« Le thérapeute conjugal est un cheval de Troie : Réflexions inspirées des résultats de recherches sur l'intervention auprès des couples »

Jean-Marie Boisvert et Madeleine Beaudry

Santé mentale au Québec, vol. 16, n° 1, 1991, p. 269-286.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032214ar>

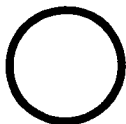
DOI: 10.7202/032214ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Le thérapeute conjugal est un cheval de Troie: Réflexions inspirées des résultats de recherches sur l'intervention auprès des couples

Jean-Marie Boisvert*
Madeleine Beaudry*

L'entraînement à la communication et l'entraînement aux échanges positifs sont les deux méthodes d'intervention conjugale dont l'efficacité est la plus clairement établie au niveau de la recherche. Toutefois, même après une thérapie de couple basée sur ces méthodes, trop peu de couples (35 %) se retrouvent au même niveau que les couples satisfaits de leur relation. Les efforts entrepris pour augmenter ce taux ont porté principalement sur l'élaboration de nouvelles techniques thérapeutiques, notamment à partir des approches cognitive, émotive et systémique. Mais les résultats des études expérimentales faites jusqu'à présent ne prouvent pas la supériorité de ces nouvelles approches. Étant donné cette situation, il est sans doute temps de porter davantage attention aux caractéristiques particulières de la relation thérapeutique en thérapie de couple et aux moyens d'obtenir la collaboration des deux conjoints. Comme l'affirment certains auteurs, la tâche clinique la plus difficile ne consiste sans doute pas à trouver ce que les clients doivent faire pour résoudre leurs problèmes, mais plutôt à déterminer comment les motiver et les aider à le faire. Une analyse de cette tâche à partir d'observations cliniques et des résultats de recherches récentes dans le domaine permet de poser des hypothèses sur les moyens de faciliter l'alliance thérapeutique et de diminuer éventuellement le taux d'échec en thérapie conjugale.

Le thérapeute conjugal est souvent considéré comme quelqu'un qui s'insère subrepticement dans le système que forme le couple, tel un cheval de Troie. Mais, contrairement à celui-ci, il cherche à susciter la paix dans un environnement où règne la guerre. Sa tâche

* Jean-Marie Boisvert, D.Ps., est professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval. Madeleine Beaudry, Ph.D., est professeure à l'École de service social de l'Université Laval.

n'est pas mince: il doit faciliter la solution des conflits entre deux personnes qui sont généralement en lutte de pouvoir (Millar et Rogers, 1988), tout en évitant de prendre parti pour l'une ou l'autre personne. S'il ne peut tenir le rôle de juge, que lui reste-t-il comme stratégie?

L'analyse des résultats de recherches portant sur la thérapie conjugale permettra de lever le voile sur les limites de l'efficacité des interventions et d'examiner les stratégies thérapeutiques susceptibles d'améliorer la qualité des services. Étant donné que la majorité de ces recherches portent sur l'approche behaviorale (Beach et Bauserman, 1990), notre analyse ne tiendra pas compte des méthodes préconisées par d'autres approches, mais non vérifiées expérimentalement. Il n'en reste pas moins que ces autres approches peuvent présenter un potentiel intéressant, mais celui-ci est malheureusement encore très peu exploré, comme nous le verrons plus loin.

Les stratégies vérifiées expérimentalement

Il existe actuellement deux méthodes d'intervention conjugale dont l'efficacité a été relativement bien vérifiée expérimentalement: l'entraînement à la communication et l'entraînement aux échanges positifs. Ces méthodes constituent l'approche de base en thérapie de couple d'orientation behaviorale. Elles ont pour but d'apprendre aux conjoints, d'une part, à communiquer d'une façon plus adéquate et à résoudre leurs problèmes et, d'autre part, à vivre ensemble un plus grand nombre d'événements agréables (Beaudry et Boisvert, 1988; Jacobson, 1984b; Jacobson et Follette, 1985; Jacobson et al., 1985).

Le bien-fondé de l'entraînement à la communication et de l'entraînement aux échanges positifs découle directement des recherches qui identifient les différences entre les couples satisfaits et les couples insatisfaits de leur relation conjugale. En effet, les résultats de certaines de ces recherches indiquent que les comportements de communication et d'échanges positifs sont particulièrement déficients chez les couples insatisfaits de leur relation (Beaudry et Boisvert, 1988).

Plusieurs études montrent que les techniques d'entraînement à la communication et d'entraînement aux échanges positifs augmentent la satisfaction conjugale (Jacobson et al., 1984). Ainsi, Jacobson et al., (1984) évaluent que 55 % des couples voient leur relation s'améliorer d'une façon cliniquement significative à la suite d'une thérapie de couple behaviorale. Ce niveau d'efficacité peut être considéré comme important, compte tenu du fait que seulement 13,5 % des couples insatisfaits qui sont sur une liste d'attente amé-

liorent leur relation de façon notable. Toutefois, seulement 35 % des couples se retrouvent, après une thérapie de couple, au même niveau que les couples satisfaits de leur vie conjugale. Il reste donc encore de nombreux couples qu'on ne réussit pas à aider suffisamment avec les méthodes de base de l'approche behaviorale.

De tels résultats peuvent apparaître très intéressants pour les chercheurs, mais, pour les cliniciens, ils ne sont pas nécessairement très rassurants. En effet, si ces chiffres sont exacts, on peut considérer que seulement 35 % des couples en thérapie reçoivent des services satisfaisants. Évidemment, il demeure possible que ce pourcentage soit légèrement plus élevé en clinique que dans les recherches où le traitement est structuré de la même façon pour tous les sujets. C'est ce que semble démontrer une étude récente de Jacobson et al., (1989). Mais, quoi qu'il en soit, il y a lieu de se poser des questions sur les raisons de ce taux élevé d'échec ou de demi-succès, pour pouvoir éventuellement y remédier.

Le taux d'échec, un artefact méthodologique?

Le taux d'échec en thérapie de couple pourrait être dû au fait que les mesures d'évaluation les plus utilisées en recherche portent sur la satisfaction conjugale et non sur le bien-être individuel (Beaudry et Boisvert, 1988). Il en résulte que lorsqu'une séparation se produit pendant ou après une thérapie de couple, cette thérapie est considérée comme un échec. Pourtant, prétendre qu'il y a échec serait inexact si la thérapie permet à deux personnes de se séparer et de mener, chacune de son côté, une vie plus heureuse. La majorité des thérapeutes semblent considérer que la séparation peut parfois constituer une des meilleures solutions pour améliorer la situation des conjoints insatisfaits (Cookerly, 1980; Gurman et Klein, 1980, 1984). Au niveau de la recherche, un certain nombre de traitements seraient donc faussement considérés comme des échecs, ce qui viendrait diminuer exagérément le pourcentage de réussite.

Jacobson et Follette (1985) évaluent que 11,6 % des couples se séparent dans les six mois qui suivent leur thérapie. C'est un chiffre assez important. Toutefois, si l'on soustrayait du taux d'échec de la thérapie de couple le pourcentage de personnes pour qui la séparation est une solution heureuse, il serait étonnant que la différence qui en résulterait soit considérable.

L'amélioration des stratégies de changement

On peut considérer que le taux d'échec en thérapie de couple dépend du manque d'efficacité des techniques d'intervention pour-

tant déjà reconnues, soit l'entraînement à la communication et l'entraînement aux échanges positifs. Si cette hypothèse est juste, il y aurait lieu de créer d'autres méthodes de traitement et d'évaluer si elles permettent de diminuer le nombre d'échecs (Boisvert, 1988).

L'accent mis sur les cognitions. Certains auteurs ont cru que l'utilisation de techniques cognitives pourrait améliorer l'efficacité clinique de la thérapie de couple. De telles méthodes visent à modifier les attentes, les attributions ou les interprétations des conjoints face aux comportements de l'autre. Le développement récent de cette approche se base sur les résultats de recherches qui démontrent que les couples insatisfaits présentent plus de cognitions dites irrationnelles que les couples satisfaits (Baucom, 1989; Baucom et Epstein, 1990; Baucom et al., 1989; Hahlweg et al., 1988). Par exemple, les conjoints insatisfaits prêtent davantage d'intentions malicieuses à leur partenaire, lui donnent moins de crédit pour ses comportements agréables ou excusent moins facilement ses comportements désagréables que ne le font les conjoints satisfaits (Beaudry et Boisvert, 1988).

Quatre recherches connues comparent l'approche cognitive et l'approche behaviorale en intervention conjugale (Baucom, 1985; Baucom et Lester, 1986; Emmelkamp et al., 1988; Epstein et al., 1982). Selon elles, la thérapie cognitive donne des résultats équivalents à la thérapie behaviorale, mais n'ajoute pas à l'efficacité de l'approche behaviorale lorsqu'elle est combinée avec celle-ci. Bien qu'elle donne des résultats suffisamment intéressants pour être utilisée, l'approche cognitive ne semble donc pas pouvoir diminuer le taux d'échec en thérapie de couple. Toutefois, des études supplémentaires sont nécessaires pour vérifier si certains types de couples bénéficient davantage de l'une ou de l'autre approche. De plus, l'approche cognitive pourrait être améliorée à la lumière des développements théoriques récents (Baucom, 1989; Baucom et Epstein, 1990; Fincham et al., 1990).

L'accent mis sur les émotions. Greenberg et Johnson utilisent une approche qui met davantage l'accent sur l'exploration des affects (Greenberg et Johnson, 1986; Johnson et Greenberg, 1987). Selon une de leurs recherches, cette approche donnerait des résultats statistiquement supérieurs à l'approche behaviorale traditionnelle. Toutefois, cette dernière a été plus ou moins caricaturée dans l'étude; l'entraînement des thérapeutes se résumait à un atelier d'une journée et était donc nettement insuffisant (Weiss et Heyman, 1990a). De plus, les couples moyennement ou très insatisfaits étaient exclus et

des études subséquentes incluant de tels sujets n'ont pas donné les mêmes résultats (Beach et Bauserman, 1990). Certains auteurs (Baucom et Epstein, 1990; Coyne, 1986; Jacobson, 1989; Margolin, 1987) considèrent quand même souhaitable d'accorder plus d'importance aux émotions en thérapie de couple. Encore une fois, d'autres chercheurs devraient corroborer l'utilité de mettre l'accent sur les émotions avant que l'on puisse vraiment se prononcer à ce sujet.

L'utilisation de l'approche systémique. Plusieurs auteurs d'orientation behaviorale font des emprunts à l'approche systémique depuis le début des années 1980 (Birchler, 1981; Birchler et Spinks, 1980; Margolin, 1981, 1987; Spinks et Birchler, 1982; Weiss, 1980). Malheureusement, il n'existe pas d'étude expérimentale appuyant l'intégration de ces deux types de thérapie de couple. Même si des pistes intéressantes s'ouvrent dans ce cas-ci comme dans les précédents, il n'est donc pas encore évident que l'efficacité clinique de la thérapie de couple puisse être améliorée par l'utilisation de nouvelles méthodes thérapeutiques (Beach et Bauserman, 1990).

Regards sur la relation thérapeutique

Les efforts entrepris pour améliorer l'efficacité des interventions auprès des couples par l'ajout de nouvelles techniques n'ont pas encore comblé les attentes des cliniciens. Alors, plutôt que de continuer à multiplier les techniques d'intervention, il serait sans doute opportun de porter davantage attention à la façon dont les thérapeutes présentent les méthodes de changement aux clients et à la manière dont ceux-ci les utilisent. En effet, les résultats d'une étude récente suggèrent que les échecs en thérapie de couple behaviorale sont, en grande partie, liés au fait que les conjoints n'appliquent pas la capacité de communication qu'ils auraient acquise pendant les rencontres thérapeutiques (Iverson et Baucom, 1990). C'est donc du côté de la collaboration des clients et du thérapeute qu'il faudrait probablement diriger les efforts de réflexion et de recherche pour diminuer le nombre d'échecs en thérapie de couple (Beach et Bauserman, 1990; Beach et O'Leary, 1985).

Un retour aux théories de l'apprentissage. Comme l'affirment Lieberman et al., (1988), la tâche clinique la plus difficile n'est plus de trouver ce que les clients doivent faire pour résoudre leurs problèmes, mais plutôt de déterminer comment les motiver à le faire. Toutefois, le succès de l'intervention auprès des couples ne dépend pas uniquement de l'aptitude du thérapeute à motiver ses clients. Les découvertes récentes dans le domaine de la psychologie cognitive et,

en particulier, les derniers apports des théories du traitement de l'information (Gagné, 1985) jettent la lumière sur un ensemble de moyens nécessaires pour faciliter l'apprentissage.

L'adhésion à un modèle éducationnel plutôt que médical permet de concevoir la thérapie comme un processus d'apprentissage dans lequel le client joue un rôle actif (Boisvert et Beaudry, 1980). Dans ce contexte, le thérapeute doit mettre en œuvre les conditions pour faciliter ou soutenir l'apprentissage, de façon à ce que le client puisse élaborer ses propres stratégies d'apprentissage, tout comme il est suggéré de le faire en éducation (Archambault, 1990).

Le modèle du traitement de l'information fournit le cadre théorique ainsi que les informations essentielles à la planification des conditions qui soutiennent l'apprentissage (Gagné, 1985). Selon ce modèle, l'activité d'apprentissage comporte une série de phases associées à des processus d'apprentissage: motivation, appréhension, acquisition, rétention, rappel, généralisation, performance et rétroaction. À chacune de ces phases correspond ce que Gagné nomme des «événements d'enseignement», c'est-à-dire des comportements de la part de l'enseignant (et ici du thérapeute) qui favorisent un apprentissage efficace. Ainsi, outre l'importance de stimuler la motivation, il y aurait lieu d'informer celui qui apprend sur les objectifs spécifiques de l'apprentissage, de retenir son attention, de l'aider à réactiver les connaissances acquises préalablement, de guider son apprentissage, d'améliorer la rétention, de promouvoir le transfert de ses connaissances, de favoriser sa performance par des exercices et, enfin, de lui donner une rétroaction.

À la lumière de ce modèle du traitement de l'information et de la théorie de l'apprentissage, il serait souhaitable d'opérationnaliser davantage ces concepts en fonction de l'apprentissage de la capacité de communication, des échanges positifs et des cognitions adéquates dans l'intervention auprès des couples. En d'autres termes, il faudrait préciser les comportements indispensables ou nécessaires de la part du thérapeute pour favoriser l'apprentissage de cette capacité chez les clients, tout en portant attention aux conditions environnementales qui facilitent leur apprentissage. Des études sur le processus d'intervention et sur la relation thérapeutique, définis en termes d'événements d'enseignement adaptés à la thérapie de couple, fourniraient peut-être des pistes de solutions intéressantes.

L'examen de la relation thérapeutique. Même si les thérapeutes conjugaux semblent considérer la relation thérapeutique comme une variable très importante en thérapie de couple, très peu d'études

scientifiques ont porté sur cet aspect (Falloon et Lillie, 1988; Morris et al., 1988). À notre connaissance, une seule recherche très récente a analysé la relation entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie de couple: celle de Bourgeois et al., (1990). Ces chercheurs ont trouvé que la qualité de l'alliance thérapeutique favorise la réussite du traitement, surtout chez les hommes.

La relation thérapeutique constitue probablement un aspect beaucoup plus complexe en thérapie de couple qu'en thérapie individuelle (Johnson et Greenberg, 1989). En thérapie individuelle, le client considère sans doute qu'il consulte un expert. Généralement, il ne demande pas mieux que de faire confiance à une personne qui sait l'écouter et s'engage à chercher les meilleures solutions possibles à «son» problème. En thérapie de couple, la situation se présente fort différemment. En début de thérapie, les conjoints sont en conflit ouvert et ne sont souvent prêts à faire confiance au thérapeute que s'il réussit à modifier le comportement de l'autre et à leur donner ainsi raison dans leurs revendications. Ceci place le thérapeute conjugal dans une position très délicate qui n'a aucun rapport avec celle qu'il a dans une thérapie individuelle. S'il utilise trop rapidement une technologie de changement et, en particulier, s'il se centre exclusivement sur les problèmes, donne des consignes et confronte les clients dès les premières rencontres, il peut susciter un manque de collaboration et de la résistance (Morris et al., 1988; Patterson et Forgatch, 1985; Verhulst et van de Vijver, 1990). Ses suggestions peuvent même devenir un nouveau sujet de discorde entre les deux partenaires, s'il n'est pas prudent. Ce phénomène est d'autant plus normal que le thérapeute propose souvent aux conjoints de faire des changements qui vont à l'encontre de leur façon de concevoir leur problème. Le manque de collaboration pourrait donc être le produit de l'interaction entre la «technologie behaviorale» et le contexte particulier dans lequel elle est employée.

Les premiers auteurs behavioristes à avoir écrit sur le concept de résistance sont curieusement des spécialistes en intervention conjugale et familiale. Ceci provient probablement des particularités de la relation thérapeutique en thérapie de couple. Malheureusement, les chercheurs commencent à peine à opérationnaliser les concepts de résistance, de collaboration thérapeutique et d'alliance thérapeutique (Beaudry et Boisvert, 1988; Chamberlain et al., 1984; Johnson et Greenberg, 1989; Patterson, 1988; Pinsof et Catherall, 1986; Verhulst et van de Vijver, 1990). Ce pourrait être à ce niveau que la recherche apporte les résultats les plus importants cliniquement.

Ainsi, il serait intéressant de savoir si l'application de méthodes pour améliorer l'alliance thérapeutique permet d'accroître l'efficacité clinique de la thérapie de couple. La théorie de Gagné (1985) sur les événements d'enseignement constituerait sans doute un modèle fructueux dans ce domaine. Mais pouvons-nous déjà avancer quelques hypothèses sur les façons de procéder qui pourraient améliorer la collaboration et diminuer la résistance en thérapie de couple? Avant de tenter de répondre à cette question, voyons quelle est la situation typique d'un couple qui se présente en thérapie.

La situation typique d'un couple en thérapie

Les résultats de recherches et l'accumulation d'observations cliniques permettent de tracer un portrait type du couple qui se présente en thérapie (Baucom et al., 1990; Jacobson, 1989; Markman et Kraft, 1989; Noller, 1988; Weiss et Heyman, 1990b). La plupart du temps, c'est la femme qui désire le plus une thérapie de couple et qui a le plus de plaintes à formuler. Elle considère notamment que son conjoint ne répond pas ou répond mal à ses besoins de rapprochement et d'intimité. Plus fréquemment que l'homme, elle a déjà consulté en psychothérapie, est donc familière avec cette situation et s'exprime facilement en entrevue. Toutefois, elle craint de dire certaines choses à son conjoint devant le thérapeute ou au thérapeute en présence de son conjoint, à cause des réactions possibles de ce dernier. Elle s'y risquera davantage si elle a l'impression que le thérapeute sera empathique ou lui donnera raison dans ses revendications contre son conjoint (ce qui pourrait évidemment envenimer le conflit conjugal). Il faut ajouter à cela que si la différence entre l'écoute empathique et le fait de donner raison est évidente pour le thérapeute, elle ne l'est pas nécessairement pour les clients.

De son côté, l'homme affirme que tout va bien ou du moins que tout serait parfait si sa conjointe cessait de se plaindre. Il n'a pas l'habitude de consulter un thérapeute et a appris qu'un homme règle ses problèmes par lui-même et qu'il règle aussi ceux de sa conjointe. On comprend alors qu'il se sente parfois en compétition avec le thérapeute et qu'il craigne par-dessus tout que celui-ci donne raison à sa conjointe. Certains facteurs socioculturels et psychophysiologiques peuvent déterminer ces différences sur le plan des comportements, des cognitions et des réactions émotives chez l'homme et chez la femme, tout particulièrement chez ceux qui sont insatisfaits de leur vie de couple (Gottman et Leveson, 1986, 1988; Noller, 1986).

Le thérapeute conjugal se retrouve donc généralement devant des conjoints qui ont une attitude de reproche l'un vis-à-vis de l'autre et qui aimeraient bien que celui-ci se transforme en juge et en allié contre l'autre. Malgré ces attentes, le thérapeute doit démontrer qu'il sera plus utile s'il ne joue pas le rôle d'un juge, mais plutôt celui d'un guide dans un processus de changement de la relation. Il doit aussi faire comprendre à chacun des conjoints qu'il a besoin de sa collaboration dans ce processus. Ceci implique que chacun d'eux devra accepter de modifier ses comportements et ses cognitions dans un sens positif pour la relation, sans s'attendre à ce que l'autre change immédiatement et de façon contingente. Ces règles sont reconnues par la majorité des auteurs en thérapie de couple behaviorale (Beaudry et Boisvert, 1988; Bornstein et Bornstein, 1986; Jacobson, 1984a; Jacobson et Margolin, 1979). Toutefois, elles placent le thérapeute conjugal dans la position très difficile de devoir créer une alliance thérapeutique avec deux personnes qui sont en lutte de pouvoir. Malgré tout, il est possible d'élaborer des hypothèses sur les comportements thérapeutiques qui peuvent favoriser la collaboration des conjoints et diminuer les risques d'échec.

Évaluation et alliance thérapeutique

Une bonne évaluation constitue sans doute un prérequis essentiel à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Elle devrait permettre de prévoir autant que possible les domaines où il pourrait y avoir résistance ou manque de collaboration. Il paraît particulièrement important d'analyser les domaines suivants: la distribution du pouvoir dans le couple, les besoins et les buts thérapeutiques de chacun, de même que ses valeurs et ses susceptibilités.

La distribution du pouvoir. La distribution du pouvoir dans les relations de couple apparaît de plus en plus comme un élément très lié à la satisfaction conjugale (Millar et Rogers, 1988; Noller, 1988). Une des stratégies utilisées fréquemment par les conjoints insatisfaits (et plus particulièrement l'homme) consiste à se retirer unilatéralement dans des situations de conflit conjugal. En thérapie de couple, cette stratégie apparaît lorsqu'un des conjoints menace de ne pas se présenter aux rendez-vous si ses besoins sont frustrés ou ne sont pas comblés rapidement. Dans l'évaluation, il faudra donc identifier lequel des conjoints est le plus réticent à suivre une thérapie conjugale. Le thérapeute devra alors tenir compte de ce fait en vérifiant régulièrement la qualité de l'alliance thérapeutique avec ce conjoint

(Johnson et Greenberg, 1989) et en lui faisant prendre conscience très tôt des avantages personnels que comporte la collaboration.

Les buts et besoins de chacun des conjoints. Avoir un bon aperçu des buts et des besoins de chacun des conjoints est aussi très important. Si un thérapeute les évalue mal ou n'en tient pas compte, il risque évidemment de ne pas obtenir la collaboration des clients.

On peut utiliser différents moyens pour connaître les buts et les besoins des conjoints: l'entrevue individuelle, l'entrevue de couple et l'utilisation de questionnaires appropriés. Un questionnaire individualisé portant sur les objectifs thérapeutiques de chacun des conjoints peut s'avérer un instrument très intéressant (Beaudry et Boisvert, 1988). Si un thérapeute prend soin de faire remplir un tel questionnaire chaque semaine avant et pendant la thérapie, il peut vérifier jusqu'à quel point les buts et les besoins de chacun des conjoints sont satisfaits et si de nouveaux buts apparaissent en cours de thérapie. Ceci ne peut qu'aider à maintenir la collaboration des clients.

Les valeurs et susceptibilités de chacun des conjoints. Au moment de l'évaluation initiale et tout au cours de la thérapie, il faut être particulièrement sensible aux valeurs et aux susceptibilités de chacun. Par exemple, l'un des conjoints pourra se sentir très vulnérable et blessé si l'on remet en question sa façon de se comporter avec les enfants, sa contribution aux tâches domestiques, sa façon d'envisager les relations sexuelles, etc.

Les entrevues individuelles sont probablement le meilleur outil pour explorer cette dimension. Les thérapeutes conjugaux se sont abstenus trop longtemps de faire des entrevues individuelles avant ou pendant une thérapie de couple, considérant qu'ils traitaient la relation et non les individus. Cependant, les auteurs considèrent de plus en plus que le fait de traiter la relation et celui de rencontrer les conjoints individuellement ne sont pas nécessairement incompatibles (Beaudry et Boisvert, 1988; Todd, 1988). Il est sans doute utile de faire de deux à quatre entrevues individuelles avec chacun avant même de commencer les rencontres avec les deux, étant donné que certaines cognitions ne seront pas facilement dévoilées en présence du conjoint. En effet, lorsque des sujets «délicats» sont abordés, il semble que les affirmations des clients soient plus valides dans des entrevues individuelles que dans des entrevues de couple (Haynes et al., 1981). On peut donc considérer que plus les problèmes conjugaux sont importants et chargés d'émotions négatives, plus la collaboration sera difficile à obtenir et, par conséquent, plus le nombre de rencontres individuelles doit être grand.

Les entrevues individuelles peuvent permettre d'établir une bonne relation avec chacun des conjoints séparément, d'acquérir une valeur renforçante pour chacun d'eux et de diminuer l'aspect menaçant des entrevues de couple avant même de les commencer. Elles facilitent alors l'accès aux valeurs et cognitions qui peuvent être à la source des résistances. D'ailleurs, pour ces mêmes raisons, faire des entrevues individuelles en cours de thérapie peut être important en cas d'absence de progrès, de manque de collaboration ou de rechute et s'il est difficile d'en comprendre la source ou d'agir sur cette source lors des rencontres en couple.

Les cognitions du thérapeute et l'alliance thérapeutique

Persons (1989) de même que Morris et ses collaborateurs (1988) ont déjà mis en évidence l'importance pour un thérapeute de procéder parfois à la modification de ses propres cognitions. Cette remarque est particulièrement valable en rapport avec l'alliance thérapeutique en thérapie de couple.

L'interprétation des conflits en tant que séquences d'interaction. Selon de nombreux auteurs, il est fondamental que le thérapeute perçoive les relations conjugales en tant que séquences d'interaction et de réciprocité, c'est-à-dire qu'il considère que chaque comportement, cognition ou émotion d'un conjoint est lié à un comportement précédent de l'autre conjoint (Barton et Alexander, 1981; Christensen, 1988; Hahlweg et al., 1988; Johnson et Greenberg, 1989; Morris et al., 1988). Si l'on adopte une telle perspective, aucun d'entre eux n'est coupable du malaise présent et chacun d'eux est plutôt une victime. Le thérapeute qui contrôle ses cognitions en ce sens aura sans doute moins tendance à être culpabilisant pour l'un ou l'autre.

Les valeurs d'un thérapeute l'amènent parfois à croire que l'un des conjoints est le principal responsable de la détérioration des interactions. Il doit alors faire lui-même de la restructuration cognitive et réinterpréter les comportements des conjoints en tant que séquences d'interactions plutôt qu'en termes de traits de personnalité ou de responsabilité. Ceci est particulièrement important s'il ressent de l'antipathie face à la façon d'agir de l'un ou de l'autre des conjoints (Morris et al., 1988). À partir d'une conception morale donnée, l'un des conjoints peut bien être considéré comme plus coupable que l'autre. Mais la question n'est pas là. Le point important, c'est qu'à partir du moment où le thérapeute met l'accent sur la valeur morale des intentions des conjoints, il risque de perdre de vue les actions concrètes que ceux-ci peuvent poser pour améliorer la situation, de devenir inutilement réprobateur et d'aggraver les conflits dans le couple.

Et s'il y a résistance?

Un manque de collaboration peut évidemment se manifester chez des conjoints, malgré les efforts du thérapeute pour évaluer et interpréter adéquatement leur situation. Une telle résistance pourra prendre la forme de la non-exécution d'exercices quotidiens préalablement acceptés et planifiés, de l'incapacité de communiquer adéquatement sur un sujet donné après avoir apparemment bien réussi l'entraînement à la communication, de la réapparition de comportements problématiques déjà modifiés, de la punition de comportements déjà souhaités chez le conjoint, etc. (Beaudry et Boisvert, 1988). Dans de tels cas, il y a encore lieu pour le thérapeute de vérifier ses propres cognitions et, si cela s'avère nécessaire, de tenter de les modifier.

La première attitude que le thérapeute doit adopter consiste sans doute à considérer que la résistance procure de nouvelles informations sur les attentes, les cognitions et les réactions émotives des clients et que ces nouvelles informations doivent être intégrées dans l'analyse de la situation (Birchler, 1988). Il est souhaitable aussi de partir du principe que «les clients ont toujours raison», qu'il est normal pour les conjoints de résister au changement et que le manque de collaboration dépend d'un déficit au niveau de la compréhension du thérapeute ou des méthodes qu'il utilise. Il peut s'agir pour les clients d'un mécanisme naturel de protection contre la douleur et l'insécurité, d'une difficulté à modifier les modes de comportement bien établis depuis longtemps ou très renforçants, ou encore d'une difficulté à voir les avantages qu'ils ont à changer (Birchler, 1988).

Devant la résistance, il y a souvent lieu de «valider» le point de vue de chacun des conjoints, c'est-à-dire de reconnaître que leur point de vue a du sens pour eux, plutôt que de les confronter (Johnson et Greenberg, 1989). Tout comme au judo, il vaut mieux ne pas s'opposer à la direction que prennent les clients, mais plutôt s'en servir pour induire un changement qui leur convient (Hand, 1988). Ainsi, face à un conjoint qui conteste la valeur de la thérapie en affirmant qu'il faut résoudre ses problèmes soi-même, le thérapeute peut réinterpréter positivement cette affirmation en la voyant comme un désir d'être autonome et de s'aider lui-même. Celui-ci peut alors reformuler la résistance en disant par exemple: «Je suis d'accord avec votre désir de résoudre vos problèmes par vous-mêmes et c'est aussi mon but que vous y arriviez. Si vous le voulez, nous pouvons examiner ensemble comment vous pourrez y parvenir». Par ailleurs, lorsqu'un conjoint refuse de voir sa part de responsabilité dans les difficultés actuelles, essayer de l'en convaincre est souvent inutile. Une telle tentative pourrait bien n'avoir comme résultat qu'une augmentation

de la résistance. Il vaut mieux à ce moment-là adopter un rationnel différent et considérer, par exemple, que ce conjoint constitue une ressource importante pour aider l'autre à résoudre les problèmes qu'il verbalise (Follette et Jacobson, 1988). En cas de résistance, le thérapeute doit donc souvent réinterpréter pour lui-même la situation, en faire part si nécessaire aux conjoints et vérifier les changements qui sont acceptables pour eux à ce moment-là.

Conclusion

Même si certaines méthodes utilisées dans l'intervention auprès des couples s'avèrent efficaces selon les résultats de la recherche, il n'en reste pas moins qu'un nombre important de thérapies conjugales se terminent par un échec. Devant ce fait, la voie la plus prometteuse actuellement consiste à étudier les caractéristiques particulières de la relation thérapeutique en entrevue de couple et les moyens d'obtenir la collaboration des deux conjoints.

Un certain nombre d'auteurs ont proposé des suggestions pour faciliter la collaboration des clients en thérapie individuelle (Wachtel, 1982) et en thérapie de couple (Beaudry et Boisvert, 1988; Birchler, 1988; Munjack et Oziel, 1978; Spinks et Birchler, 1982; Weiss, 1979). Ces conseils sont généralement les mêmes, quelle que soit la forme d'intervention. Il s'agit de faire une analyse adéquate de la situation conjugale, d'établir une bonne relation avec les clients, de bien expliquer le relationnel des techniques utilisées, de structurer les activités thérapeutiques, de traiter les conjoints comme de véritables collaborateurs, etc. Toutefois, on oublie trop souvent les facteurs propres à la thérapie de couple et notamment le fait que dans cette situation, le thérapeute cherche à établir une collaboration avec deux personnes qui sont en conflit. Tenir compte de ce facteur implique que celui-ci intègre dans son évaluation des questions sur le pouvoir de chacun de limiter ou de retirer sa collaboration, sur les buts, les besoins, les valeurs et les susceptibilités des conjoints lorsqu'ils sont en présence l'un de l'autre. Le thérapeute doit aussi adopter les mêmes comportements et les mêmes cognitions qu'il suggère aux conjoints (Falloon, 1988), c'est-à-dire:

- 1) percevoir les difficultés conjugales en termes de séquences d'interaction plutôt qu'en termes de personnalité ou de culpabilité,
- 2) percevoir la résistance comme un phénomène normal, qui est fonction de l'interaction des caractéristiques des clients et des méthodes thérapeutiques utilisées,

- 3) transmettre au couple ces perceptions des difficultés conjugales et de la résistance,
- 4) valider le point de vue des conjoints, sans donner raison à l'un contre l'autre et
- 5) proposer des changements qui sont acceptables pour les deux conjoints et les aider à évoluer à partir de là.

Les moyens proposés ici pour favoriser la collaboration en thérapie de couple se basent à la fois sur les résultats de la recherche et sur les observations cliniques d'un certain nombre d'auteurs. Souhaitons que des recherches plus nombreuses viennent vérifier ces possibilités d'améliorer l'efficacité des interventions conjugales.

RÉFÉRENCES

- ARCHAMBAULT, J., 1991, Apprendre à apprendre: les stratégies d'apprentissage en milieu d'éducation, *Science et comportement*, 20, 2, 73-92.
- BARTON, C., ALEXANDER, J.F., 1981, Functional family therapy, in A.S. Gurman et D.P. Kniskern, eds., *Handbook of Family Therapy*, Brunner/Mazel, New York, 403-443.
- BAUCOM, D.H., 1985, *Enhancing Behavioral Marital Therapy with Cognitive Restructuring and Emotional Expressiveness Training*, document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston.
- BAUCOM, D.H., 1989, The role of cognitions in behavioral marital therapy: Current status and future directions, *The Behavior Therapist*, 12, 3-6.
- BAUCOM, D.H., EPSTEIN, N., 1990, *Cognitive-behavioral Marital Therapy*, Brunner/Mazel, New York.
- BAUCOM, D.H., EPSTEIN, N., SAYERS, S., SHER, T.G., 1989, The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.
- BAUCOM, D.H., LESTER, G.W., 1986, The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy, *Behavior Therapy*, 17, 385-403.
- BAUCOM, D.H., NOTARIUS, C.I., BURNETT, C.K., HAEFNER, P., 1990, Gender differences and sex-role identity in marriage in F.D. Fincham et T.N. Bradbury, eds., *The Psychology of Marriage: Basic Issues and Applications*, Guilford, New York, 150-171.
- BEACH, S.R.H., BAUSERMAN, S.A.K., 1990, Enhancing the effectiveness of marital therapy, in F.D. Fincham et T.N. Bradbury, eds., *The Psychology of Marriage: Basic Issues and Applications*, Guilford, New York, 349-374.
- BEACH, S.R.H., O'LEARY, K.D., 1985, Current status of outcome research in marital therapy in L. L'Abate, ed., *The Handbook of Family Psychology and Therapy*, Dorsey, Homewood, 1035-1072.
- BEAUDRY, M., BOISVERT, J.-M., 1988, *Psychologie du couple*, Éditions du Méridien, Montréal.
- BIRCHLER, G.R., 1981, Paradox and behavioral marital therapy, *American Journal of Family Therapy*, 9, 92-94.

- BIRCHLER, G.R., 1988, Handling resistance to change in I.R.H. Fallon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 128-155.
- BIRCHLER, G.R., SPINKS, S.H., 1980, Behavioral-systems marital and family therapy: Integration and clinical application, *American Journal of Family Therapy*, 8, 6-28.
- BOISVERT, J.-M., 1988, Perspectives actuelles en thérapie de couple, *Science et Comportement*, 18, 115-122.
- BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M., 1980, La thérapie behaviorale: courants actuels et perspective d'avenir, *Revue de modification du comportement*, 10, 3, 113-130.
- BORNSTEIN, P.H., BORNSTEIN, M.T., 1986, *Marital Therapy: A Behavioral-communications Approach*, Pergamon, New York.
- BOURGEOIS, L., SABOURIN, S., WRIGHT, J., 1990, Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- CHAMBERLAIN, P., PATTERSON, C., REID, J., KAVANAGH, K., FORGATCH, M., 1984, Observation of client resistance, *Behavior Therapy*, 15, 144-155.
- CHRISTENSEN, A., 1988, Dysfunctional interaction patterns in couples in P. Noller et M.A. Fitzpatrick, eds, *Perspectives on Marital Interaction*, Multilingual Matters, Philadelphie, 31-52.
- COOKERLY, J.R., 1980, Does marital therapy do any lasting good?, *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 393-397.
- COYNE, J.C., 1986, Evoked emotion in marital therapy: Necessary or even useful, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 11-13.
- EMMELKAMP, P.M.C., VAN LINDEN VAN DEN HEUVEL, C., RUPHAN, M., SANDERMAN, R., SCHOLING, A., STROINK, F., 1988, Cognitive and behavioral interventions: A comparative evaluation with clinically distressed couples, *Journal of Family Psychology*, 1, 365-377.
- EPSTEIN, N., PRETZER, J.L., FLEMING, B., 1982, *Cognitive Therapy and Communication Training: Comparisons of Effects with Distressed Couples*, document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles.
- FALLOON, I.R.H., 1988, Prevention of morbidity in schizophrenia, in I.R.H. Falloon, eds., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 316-349.
- FALLOON, I.R.H., LILLIE, J.F., 1988, Behavioral family therapy: An overview, in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 3-26.
- FINCHAM, F.D., BRADBURY, T.N., SCOTT, C.K., 1990, Cognition in marriage, in F.D. Fincham et T.N. Bradbury, eds, *The Psychology of Marriage: Basic Issues and Applications*, Guilford, New York, 118-149.
- FOLLETTE, W.C., JACOBSON, N.S., 1988, Behavioral marital therapy in the treatment of depressive disorders, in I.R.H. Falloon, eds., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 257-284.
- GAGNÉ, R.M., 1985, *The Conditions of Learning and Theory of Instruction*, 4^e édition, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- GOTTMAN, J.M., LEVENSON, R.W., 1986, Assessing the role of emotion in marriage, *Behavioral Assessment*, 8, 31-48.

- GOTTMAN, J.M., LEVENSON, R.W., 1988, The social psychophysiology of marriage in P. Noller et M.A. Fitzpatrick, eds., *Perspectives on Marital Interaction*, Multilingual Matters, Philadelphie, 182-200.
- GREENBERG, L.S., JOHNSON, S.M., 1986, Emotionally focused couples therapy, in W.S. Jacobson et A.S. Gurman, eds., *Clinical Handbook of Marital Therapy*, Guilford, New York, 253-276.
- GURMAN, A.S., KLEIN, M.H., 1980, Marital and family conflicts, in A.M. Brodsky et R.T. Hare-Mustin, eds., *Women and Psychotherapy*, Guilford, New York, 159-188.
- GURMAN, A.S., KLEIN, M.H., 1984, Marriage and the family: An unconscious male bias in behavioral treatment? in E.A. Blechman, ed., *Behavior Modification with Women*, Guilford, New York, 170-189.
- HAHLWEG, K., BAUCOM, D.H., MARKMAN, H., 1988, Recent advances in therapy and prevention in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 413-448.
- HAND, I., 1988, Obsessive-compulsive patients and their families, in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 231-256.
- HAYNES, S.N., JENSEN, B.J., WISE, E.H., SHERMAN, D., 1981, The marital intake interview: A multimethod criterion validity assessment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 379-387.
- IVERSON, A., BAUCOM, D.H., 1990, Behavioral marital therapy outcomes: Alternate interpretations of the data, *Behavior Therapy*, 21, 129-138.
- JACOBSON, N.S., 1984a, The modification of cognitive processes in Behavioral marital therapy: Integrating cognitive and behavioral intervention strategies in K. Hahlweg, N.S. Jacobson, eds., *Marital Interaction: Analysis and Modification*, Guilford, New York, 285-308.
- JACOBSON, N.S., 1984b, A component analysis of behavioral marital therapy: the relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 295-305.
- JACOBSON, N.S., 1989, The politics of intimacy, *The Behavior Therapist*, 12, 29-32.
- JACOBSON, N.S., FOLLETTE, W.C., 1985, Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components, *Behavior Therapy*, 16, 249-262.
- JACOBSON, N.S., FOLLETTE, W.C., ELWOOD, R.W., 1984, Outcome research on behavioral marital therapy: A methodological and conceptual reappraisal in K. Hahlweg et N.S. Jacobson, eds., *Marital Interaction: Analysis and Modification*, Guilford, New York, 113-129.
- JACOBSON, N.S., FOLLETTE, V.M., FOLLETTE, W.C., HOLTZWORTH-MUNROE, A., KATT, J.L., SCHMALING, K.B., 1985, A component analysis of behavioral marital therapy: 1-year follow-up, *Behavior Research and Therapy*, 23, 549-555.
- JACOBSON, N.S., FOLLETTE, W.C., REVENSTORF, D., BAUCOM, D.H., HAHLWEG, K., MARGOLIN, G., 1984, Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 497-504.
- JACOBSON, N.S., MARGOLIN, G., 1979, *Marital Therapy*, Brunner/Mazel, New York.
- JACOBSON, N.S., SCHMALING, K.B., HOLTZWORTH-MUNROE, A., KATT, J.L., WOOD, L.F., FOLLETTE, V.M., 1989, Research-structured vs clinically flexible versions of

- social learning-based marital therapy, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 173-180.
- JOHNSON, S.M., GREENBERG, L.S., 1985, Differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflicts, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-181.
- JOHNSON, S.M., GREENBERG, L.S., 1987, Emotionally focused marital therapy: An overview, *Psychotherapy*, 24, 552-560.
- JOHNSON, S.M., GREENBERG, L.S., 1989, The therapeutic alliance in marital therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 97-110.
- LIEBERMAN, R.P., MUESAR, K., GLYNN, S., 1988, Modular behavioral strategies, in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 27-50.
- MARGOLIN, G., 1981, A behavioral-systems approach to the treatment of marital jealousy, *Clinical Psychology Review*, 1, 469-487.
- MARGOLIN, G., 1987, Marital therapy: A cognitive-behavioral affective approach, in N.S. Jacobson, ed., *Psychotherapy in Clinical Practice*, Guilford, New York, 232-285.
- MARKMAN, H.J., KRAFT, S.A., 1989, Men and women in marriage: Dealing with gender differences in marital therapy, *The Behavior Therapist*, 12, 51-56.
- MILLAR, F.E., ROGERS, L.E., 1988, Power dynamics in marital relationships, in P. Noller et M.A. Fitzpatrick, eds., *Perspectives on Marital Interaction*, Clevendon, 78-97.
- MORRIS, S.B., ALEXANDER, J.F., WALDRON, H., 1988, Functional family therapy, in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 107-127.
- MUNJACK, D.J., OZIEL, L.J., 1978, Resistance in the behavioral treatment of sexual dysfunction, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 122-138.
- NOLLER, P., 1986, Sex differences in nonverbal communication: Advantage lost or supremacy, *Australian Journal of Psychology*, 38, 23-32.
- NOLLER, P., 1988, Overview and implications, in P. Noller et M.A. Fitzpatrick, eds., *Perspectives on Marital Interaction*, Multilingual Matters, Philadelphie, 323-344.
- NOTARIUS, C.I., PELLEGRINI, D.S., 1987, Differences between husbands and wives: Implications for understanding marital discord, in K. Hahlweg et M.J. Goldstein, eds., *Understanding Major Mental Disorder: The Contribution of Family Interaction Research*, Family Process Press, New York, 231-249.
- PATTERSON, G.R., 1988, Foreword in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, vii-x.
- PATTERSON, G.R., FORGATCH, M.S., 1985, Therapist behavior as a determinant for client resistance: A paradox for the behavior modifier, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- PERSONS, J.B., 1989, *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach*, Norton, New York.
- PINSOF, W.M., CATHERALL, D.R., 1986, The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.

- SPINKS, S.H., BIRCHLER, G.R., 1982, Behavioral-systems marital therapy: Dealing with resistance, *Family-Process*, 21, 169-185.
- TODD, T.C., 1988, Behavioral and systemic family therapy: A comparison, in I.R.H. Falloon, ed., *Handbook of Behavioral Family Therapy*, Guilford, New York, 449-460.
- VERHULST, J.C.R.M., VAN DE VIJVER, F.J.R., 1990, Resistance during psychotherapy and behavior therapy, *Behavior Modification*, 14, 172-187.
- WACHTEL, P.L., ed., 1982, *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*, Plenum, New York.
- WEISS, R.L., 1979, Resistance in behavioral marital therapy, *American Journal of Family Therapy*, 7, 3-6.
- WEISS, R.L., 1980, Strategic behavioral marriage therapy: Toward a model for assessment and intervention, in J.P. Vincent, ed., *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory: A Research Annual*, Jay Press, Greenwich, 1, 229-271.
- WEISS, R.L., HEYMAN, R.E., 1990a, Marital distress, in A.S. Bellack, M. Hersen et A.E. Kazdin, eds., *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, 2^e édition, Plenum, New York, 475-501.
- WEISS, R.L., HEYMAN, R.E. 1990b, Observation of marital interaction, in F.D. Fincham et T.N. Bradbury, eds., *The Psychology of Marriage: Basic Issues and Applications*, Guilford, New York, 87-1187

ABSTRACT

The therapist in marital relations is a Trojan horse

Communication training and positive exchange training are the two methods for improving marital relations that research has established as being the most effective. However, even after conducting therapy involving both partners based on these methods, too few couples (35 %) succeed in reaching the same level of satisfaction as couples who are already satisfied with their relationship. The efforts that have been undertaken to increase this rate have focussed mainly on developing new therapeutic techniques that include cognitive, emotional and systemic approaches. However, the results of experimental studies to date do not prove the superiority of these new approaches. Given this situation, it is time to pay more attention to particular characteristics of the therapeutic relation in marital therapy and to the means of obtaining the collaboration of the two spouses. As is the opinion of certain authors, the most difficult clinical task does not consist of finding what the clients must do to solve their problems, but rather to determine how to motivate them and help them achieve their goal. An analysis of this task, based on clinical observations and results of recent research in this area, has allowed the authors to present a number of hypotheses about ways to reinforce the therapeutic alliance and eventually reduce the failure rate of marital therapy.